РОССИЙСКОЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО

Код страны			
Город			
Дата			
Время			
Температура в комнате			
Когда Вам последний раз измеряли артериальное давление?	_____/_____ месяц год		
Ваш возраст			
Ваш месяц и год рождения	_____/_____ месяц год		
Ваш пол *(правильное обвести)*	МУЖ	ЖЕН	
Ваша национальность			
Вы принимаете в настоящее время препараты для снижения артериального давления?	ДА	НЕТ	
У Вас есть сахарный диабет?	ДА	НЕТ	НЕ ЗНАЮ
Вы курите?	ДА	НЕТ	
Были ли у Вас ранее инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, операции на сердце по поводу ишемической болезни сердца?	ДА	НЕТ	
Был ли у Вас ранее инсульт?	ДА	НЕТ	
Употребляете ли Вы алкоголь?	Никогда или редко	Менее 1 раза в неделю	Регулярно
Измерение артериального давления проводится после 5-минутного отдыха, спина с опорой, ноги не перекрещены, рука на уровне сердца, предпочтителен автоматический тонометр			
Рука, на которой провели измерение артериального давления? *(предпочтительно левая рука)*	ПРАВАЯ	ЛЕВАЯ	
Результаты измерения артериального давления *(трехкратно с интервалом 1 минута, не округлять цифры)*	САД	ДАД	Пульс
Первое измерение			
Второе измерение			
Третье измерение			
Ваш вес (в кг) (*пациент указывает сам)*			
Ваш рост (в см) (*пациент указывает сам)*			